

LA ESQUIZOFRENIA COMO HIPOTESIS. UNA VISION CONSTRUCTIVISTA DEL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA

Giorgio F. Rezzonico
Università di Milano

Christine Meier
Centro al Dragonato, Bellinzona (Suiza)

In this work are presented pragmatic implications which derive from a constructive approach at the treatment of schizophrenia. At meaning attribution process is recognized a main role in promoting the arising of disease and in taking up the development. It is derived the need of difening the intent, of integrating techniques and giving constant attention at the results of the intervention in order of biological, physiological and social aspects.

Introducción

En este artículo se intenta esbozar una respuesta a la cuestión sobre las características que puede tener, desde una óptica constructivista, la actividad terapéutico-rehabilitadora con pacientes diagnosticados de esquizofrénicos. No tratamos pues de proponer una teoría sobre la esquizofrenia, sino más bien de presentar y discutir las implicaciones pragmáticas que derivan del enfoque constructivista.

La premisa de base de este enfoque constructivista, que llamamos “constructivismo conscientemente ingenuo” es que cualquier realidad es co-creada por la interacción ideativa de un grupo, por las acciones y la retroacciones correspondientes, todo lo cual desemboca con el tiempo en nuevas ideas, nuevas acciones y nuevas retroacciones. Este proceso circular y complejo constituye la realidad clínica que observamos y describimos.

La propuesta constructivista nace de una actividad terapéutico-rehabilitadora desarrollada por los autores en el campo del tratamiento de la esquizofrenia con técnicas cognitivo-comportamentales y sistémicas. Tanto de la experiencia

rehabilitadora con pacientes crónicos (Rezzonico & Meier, 1987) - que ha desembocado en la derivación de unos 30 pacientes a pisos semiautónomos- como de la actividad con numerosos jóvenes en la primera crisis o con los que se hallan ya en vías de cronicidad (Meier & Rezzonico, 1988), ha surgido la necesidad de formular de un modo más preciso las bases actuales de nuestra modalidad de trabajo.

La propuesta constructivista nace también de otras dos consideraciones: por un lado no existe todavía en la actualidad, a pesar de estudios prometedores provenientes de distintos campos, ningún modelo de intervención en la esquizofrenia realmente innovador, al tiempo que asistimos a una evidente proliferación de técnicas, programas y modelos de intervención. Se nos impone pues, la necesidad de identificar un principio organizador que permita utilizar e integrar los conocimientos en programas orientados a objetivos, tendientes a evitar la confirmación de atribución del rol de enfermo y la autodefinición del individuo en el seno del contexto social.

Referencias teóricas

En el campo de la psicoterapia y de la rehabilitación las aportaciones relativas al constructivismo que han influido sobre nuestro trabajo —y de las que nos limitamos a señalar una parte— se pueden agrupar en tres áreas: las de las disciplinas no psicológicas, las de los teóricos de la investigación en psicología y las de los clínicos.

Representantes de la posición constructivista, aunque en otros campos disciplinarios, ajenos a la psicología -biología, epistemología, física, etc.- pueden considerarse: Maturana & Varela (1980; 1987), Maturana (1988), Zeleny (1981), Jantcsh (1980), Hayek (1986), von Glasersfeld (1984; 1987; 1988). Heinz von Forster (1981), Morin (1985), Atlan (1979), Prigogine & Stengers (1979)

Las aportaciones de estos estudiosos coinciden en el área de la “complejidad” (Bocchi & Cerutti, 1985) y desarrollan conceptos derivados de la segunda cibernética, relevantes para la psicología: autopoiesis y acoplamiento estructural, relación observador/observado, “fitness” o viabilidad de las estrategias del organismo, etc... Es importante igualmente el tema de la autoorganización de un sistema, que está sometido a perturbaciones a las que confiere un significado autorreferencial en relación a los propios vínculos. Se trata de vínculos inherentes, tanto a la estructura misma del sistema —en el ser humano vínculos genéticos y biológicos— como a la organización del sistema desarrollado a través del tiempo, a saber vínculos sociales, culturales y psicológicos.

El segundo grupo de teóricos se refiere al área psicológica entendida en sentido amplio y representada por Piaget (1937; 1967; 1970), Bowlby (1979), Bartlett (1932), Brunner (1986), Kenny (1988), Holland et al. (1986), Johnson-Laird (1983). En el se consideran las aportaciones de la psicología cognitiva y social de matriz constructivista e interaccionista (Ugazio, 1988). Estos autores, aun desde

posiciones distintas, ponen de relieve la importancia del desarrollo de los esquemas mentales que permiten la atribución de significado al flujo de acontecimientos que llamamos realidad.

El tercer grupo, el clínico, viene representado por algunos de los enfoques cognitivos (Guidano, 1987), estratégicos (Haley, 1976), el Grupo de Palo Alto y los sistémicos (Selvini et al., 1980).

Estos terapeutas, en sus distintas modalidades de trabajo, otorgan particular importancia a la relación observador/observado, a las interacciones entre sistemas interdependientes y al proceso de hipotetización. Los cognitivistas intentan identificar las hipótesis o constructos disfuncionales del individuo, trabajando sobre la atribución de significado. Los estratégicos y sistémicos utilizan el proceso de hipotetización, como técnica orientada a la perturbación de un sistema que se halla en un "impasse", a través de un recontextualización que cambia la atribución de significado.

En base a nuestra interpretación de tales conceptos proponemos que el hilo conductor principal se halla representado por la centralidad asumida por el proceso de atribución de significado. Sin este proceso de atribución de significado, que ordena y da sentido al flujo de las perturbaciones, el ser humano no podría desarrollar capacidades de previsión o entrar en relación social. La viabilidad del proceso de atribución de significado puede valorarse en base a los resultados de la acción y al mantenimiento de la coherencia interna de los vínculos biológicos, psicológicos y sociales del organismo.

La esquizofrenia como hipótesis

Si se acepta la premisa de que el proceso de atribución de significado se halla en la base de cualquier acontecimiento observado, a nivel de la intervención terapéutica de consulta o de investigación.

La atribución de significado a cualquier acontecimiento por parte de un observador puede ser llevada a cabo o en base a la creencia de una posible correspondencia exacta entre la realidad externa ("match" perfecto) o en base a la idea de que la hipótesis es funcional al objetivo ("fitnes") más que representativa de una realidad que existe independientemente del observador.

En el primer caso la esquizofrenia podría considerarse como una enfermedad que existe independientemente del punto de vista social, mientras que en el segundo caso la esquizofrenia puede presentar diversos significados, en relación a un previo acuerdo tomado en el seno de un grupo que tiene necesidad de atribuir sentido a fenómenos que superan la tolerancia consentida por los vínculos de las personas implicadas. Conviene precisar que la adhesión a esta última posición no implica la negación del fenómeno de la esquizofrenia, sino sólo la consideración de que la hipótesis escogida guía la intervención. Desde la óptica constructivista la hipótesis escogida será tanto más funcional, cuanto más capaz sea de favorecer estrategias

viables en el máximo respeto de los vínculos biológicos, psicológicos y sociales.

La ventaja de la segunda posición que acabamos de describir es que permite una elección flexible en base a la viabilidad de la intervención. Por ejemplo, es posible que la hipótesis de enfermedad se manifieste como la más viable en relación a los vínculos mencionados. Pero si tal intervención conlleva consecuencias peligrosas para la salud psicofísica del paciente —daños orgánicos como las discinesias tardías asociadas a la administración de neuroelépticos— o bien lleva a la marginación social, dependencia asistencial o cronicidad, la hipótesis, a pesar de mantener la coherencia interna de las personas implicadas (familiares, trabajadores asistenciales) no respeta importantes vínculos biológicos y sociales).

En este sentido no es la hipótesis la que justifica la intervención, sino los resultados de la intervención los que deben justificar la hipótesis. Las consecuencias de la intervención pueden verificarse, las hipótesis, en cambio, son alternativas; en este caso disminuye el riesgo de producir profecías autocumplidoras.

Nuestra hipótesis operativa sobre el fenómeno de la esquizofrenia se refiere a dos fases del trastorno: el desarrollo de síntomas y su evolución. En la primera fase se incluyen las hipótesis que describen los factores que pueden influir sobre el desarrollo de los primeros síntomas del individuo, como el aislamiento social, la comunicación patológica, las ideaciones delirantes, etc. Las hipótesis que describen esta fase del desarrollo de una realidad psicótica pueden ser varias, pero deben siempre referirse al caso individual, en cuanto cualquier familia tiene una historia distinta que puede llevar al desarrollo y mantenimiento de los síntomas. En la segunda fase, más pública, nuestras hipótesis describen el impacto de los síntomas sobre otros miembros de la familia y sobre su ambiente relacional.

La hipótesis central que intenta dar sentido tanto a la fase inicial del desarrollo de los síntomas de un miembro de la familia, como de la fase del tratamiento la constituye la importancia de la atribución de significado para los seres humanos.

Para el individuo que forma parte de un grupo de “los otros significativos”, donde existe una interdependencia relacional, la atribución de significado a un acontecimiento o situación se halla ligado tanto a las exigencias de cada uno, como a la necesidad de llegar a un acuerdo sobre el significado escogido. Con frecuencia en las familias existe un desacuerdo sobre el verdadero motivo de un malestar o tensión, razón por la cual se niega o reprime la verbalización de los significados considerados tabú. Pueden negociarse o acordar a nivel “oficial” significados aceptables por todos, mientras permanecen en otro nivel las atribuciones de significado no verbalizadas. Tales atribuciones de significado no verbalizadas pueden abandonarse a favor de la atribución de significado oficial, para obtener un acuerdo general (el individuo renuncia a su propia versión de los hechos no congruente con la comúnmente aceptada); pueden ser las negadas como tabú por el resto del grupo; pueden ser las inseguras o no desarrolladas en cuanto el individuo —a pesar de no estar convencido del significado “oficial”— no consigue imaginar un significado

alternativo que explique la situación de malestar, con frecuencia porque desconoce las atribuciones de significado importantes para otras personas.

Una madre, por ejemplo, se siente a disgusto en relación al hijo y explicita esta sensación suya, atribuyéndola a la preocupación por el comportamiento rebelde de éste en relación al padre. La madre podría estar preocupada, en realidad, porque desde hace meses el marido no vuelve a casa por la noche y da señales de tener intereses en otra parte. No pudiendo verbalizar este pensamiento, la madre desplaza su tensión sobre otra situación alternativa. El desplazamiento de atribución de significado determina una atención excesiva hacia las actitudes del hijo adolescente, cuyos comportamientos —no insólitos para la edad— se convierten en “síntomas”

Para el padre la atribución de significado que considera la tensión en familia como causada por el hijo es una solución mejor que la verbalización de los problemas conyugales; a su vez, esta atribución de significado permite a la madre tanto el alejamiento de sus problemas como una forma de implicar al marido en el problema del hijo. Para este último manifestar los síntomas representa el paso de un papel de rebelde a uno de enfermo, merecedor de cuidados. De este modo los síntomas del hijo, expresión de una situación de tensión generalizada, se transforman en problema y enfermedad. Si la madre está preocupada por la ausencia del marido (atribución de significado no verbalizada), y atribuye a nivel oficial la responsabilidad al hijo, las acciones que se derivarán atraerán la atención sobre la rebelión del hijo, más que sobre los problemas conyugales de los padres. Tanto la soledad de la madre, como las relaciones entre marido y mujer, se ven colmadas de este modo de una forma indirecta con la implicación perturbadora del hijo. En este sentido, la solución del primer problema de insatisfacción es la creación y el mantenimiento de un problema alternativo. En el caso del adolescente esto significa tener que convertirse en un caso difícil o “incurable”.

Nuestra hipótesis es que, dejando de lado la vulnerabilidad individual o las interacciones familiares que hayan podido provocar el malestar inicial, cuando la atribución de significado del acontecimiento o situación no está en concordancia con el grupo implicado, el problema se halla destinado a agravarse. La necesidad de llegar a un acuerdo sobre la atribución de significado de la situación creada, podría crear dificultades siempre que el significado pensado fuera considerado tabú. En esta situación, un miembro del grupo que se atreva a verbalizar una interpretación tabú podría ser marginado, negado o criticado por no haber entendido. Se convierte en malo o loco, en la medida en que percibe cosas que no “existen” o que no deben decirse. En la relación con otro significado, esta negación de la propias percepciones, puede minar las bases del proceso fundamental de atribución de significado.

Entre los expertos del desarrollo mencionados más arriba existe un acuerdo general sobre el hecho de que el ser humano desarrolla estrategias viables a través de la relación con el “otro significativo” en una fase de prolongada vulnerabilidad y dependencia. En particular, la madre, en cuanto figura espejo, confirma la

viabilidad tanto de la comunicación y de la percepción, como de la viabilidad del proceso de atribución de significado. La comunicación ambigua y la relación de disconfirmación niegan las percepciones del otro y de sí mismo en relación al otro, niegan el reconocimiento de las propias sensaciones y emociones, y en conclusión, mina las bases del proceso de hipotetización y atribución de significado. Sin la validez del proceso de atribución de significado, la confusión que le sigue, la imposibilidad de entrar en relación con otros significativos y con el mundo social, implica consecuencias que caracterizan en parte el fenómeno de la esquizofrenia. Además de la posible vulnerabilidad biológica, estas dinámicas pueden predisponer al individuo a la fase de sintomatología declarada.

El desarrollo de la segunda fase presenta una menor variabilidad. Las atribuciones de significado oficiales —por ejemplo, las que atribuyen el motivo del malestar al hijo vulnerable— tienden a autoconfirmarse en una situación de tensión cada vez mayor y cada vez menos controlable. Frente a esta situación de grave malestar, la familia se reencuentra en la búsqueda de una atribución de significado oficial, que pueda explicar el fenómeno y orientar la acción hacia un control mayor. Por desgracia la gravedad de los síntomas hace muy difícil la tarea de encontrar un significado explicativo, dado que la relación entre los síntomas graves de la situación actual y las dinámicas relacionales del malestar original, se hace cada vez más improbable. Por este motivo, la atribución de significado oficial sobre este nuevo malestar, tiene siempre menos influencia sobre el fenómeno observado. En cualquier caso, frente al malestar que esta confusión tiende a crear, la familia tiene que encontrar una explicación no culpabilizadora y aceptable.

En esta fase de búsqueda de hipótesis viables, la familia depende del médico que se ocupa del caso, el cual asume el papel del otro significativo. En nuestra sociedad el experto —el médico— frente a la ausencia de trastornos somático, formulará la hipótesis de trastorno psiquiátrico para el mantenimiento de la propia coherencia interna. El psiquiatra experto en relaciones humanas debe confrontarse con las dificultades de entrar en relación con tal individuo desconcertante. Mientras en el mapa cognitivo neurótico se hallan inscritas las estrategias de mantenimiento de la comunicación social, el mapa cognitivo psicótico se caracteriza por la estrategia de evitación, que hace difícil la co-creación de atribuciones de significado viables. El experto propone la hipótesis de “enfermedad esquizofrénica”, definiendo el proceder y atribuyendo contemporáneamente un significado socialmente aceptable a la familia y a la comunidad.

La hipótesis diagnóstica se cosifica muy pronto en la fijación de la atribución de enfermedad. En la mayoría de casos, esto tiene un efecto tranquilizante en relación a la familia y al ambiente social en general, que halla así una explicación externa a su situación de malestar. Esta tranquilidad se refleja incluso en el sujeto que puede encontrar un rol social aceptable para sí mismo, saliendo de una situación de indefinición estrechamente personal para conseguir una condición de “indefinición

concordada” y por tanto menos angustiosa.

La prescripción de neurolépticos asume el significado de confirmación del estado de enfermedad y de su gravedad, confirma la profesionalidad y conocimientos del médico, quien ha sabido detectar el problema (diagnosticar) y proponer una solución, mantiene la praxis de la no verbalización de posibles contenidos tabú por parte del sujeto (inhibe la memoria y la motivación a actuar) y ayuda finalmente a la persona a identificarse en el rol de enfermo. Las consecuencias de este proceso son, principalmente, la atribución de la responsabilidad del malestar y del comportamiento disfuncional a la enfermedad.

Resulta de importancia fundamental, por tanto, considerar que son las hipótesis sobre la esquizofrenia las que constituyen el contexto significativo en que aparece, se desarrolla y se trata este fenómeno. Si para nosotros la esquizofrenia es un fenómeno ligado al proceso de atribución de significado o bien —lo que es lo mismo— a la imposibilidad actual de generar hipótesis distintas a la de enfermedad, es precisamente la hipótesis de enfermedad la que es viable para la coherencia interna del contexto social y psiquiátrico. La intervención consiguiente a este hipótesis tiende a cerrar las posibilidades de elección y de rol, e impone vínculos muy rígidos a la evolución del individuo. En efecto, cada vez encuentra mayor confirmación la hipótesis de que la cronificación no depende sólo de la “institucionalización”, sino que este proceso es inherente también a la gestión que la sociedad, y particularmente el sistema asistencial, llevan a cabo en relación al fenómeno.

Los individuos aprenden estrategias como la comunicación sintomática que son funcionales y validadas en el interior del sistema socio-asistencial, pero que son disfuncionales y no aceptadas en la sociedad fuera de la hipótesis de enfermedad. Obsérvese que otras hipótesis desmedicalizadas —por ejemplo, las sociales de la antipsiquiatría— han mostrado un grado limitado de viabilidad en la medida en que su hipótesis prescindía de la consideración de que estar o haber estado enfermo en un determinado contexto había provocado modificaciones organizativas en la persona y en el ambiente, y que, por tanto, la resolución eventual del problema no podía pasar a través de la negación de la realidad que se había constituido de este modo. En el interior de nuestra hipótesis esta condición debe necesariamente tenerse presente, antes de poder proponer una intervención.

De la teoría a la práctica

El hecho de que la esquizofrenia no esté en el cerebro de la persona, sino en una interacción compleja constituida por hipótesis y acciones tanto individuales como micro y macro-sociales abre las puertas a un notable número de intervenciones posibles. Se trata de utilizar todo el patrimonio de conocimientos adquiridos sobre las modalidades de intervención, descritas más adelante, volviéndolas funcionales para nuestras hipótesis. Para poner de manifiesto las consecuencias de estas

premisas, resulta oportuno a nivel terapéutico valorar la casuística según que el mapa psicótico se haya consolidado o bien posea todavía suficiente flexibilidad. Conviene valorar en qué términos ha sido co-creada en el tiempo aquella realidad psicótica por las interacciones ideativas (hipótesis concordada) por los otros sistemas significativos —la familia, la red asistencial, etc.— y las consecuencias en el tiempo de todo esto sobre los recursos actuales del sistema.

Por ejemplo, en el caso de una primera descompensación podemos encontrar-nos frente a una situación confusa y fluctuante, en la que todavía no se haya dado una importante atribución de significado ni una consolidación relativa de los mapas cognitivos en torno al concepto de enfermedad por parte de los varios sistemas implicados. En tales casos, aun con todas las dificultades relativas a la distinción y a la sobreposición de las fases, la hipótesis estratégica que guía la intervención consiste en connotar tales condiciones en términos alternativos, es decir incompatibles, con la hipótesis de enfermedad grave e irreversible.

En el caso de un así llamado “nuevo crónico” es posible que se presenten situaciones definibles como de “realidad/mapa cognitivo consolidado”. En tales situaciones, a causa de la imperiosa exigencia de la familia y de los “otros significativos” implicados en dar un sentido a las condiciones de profundo malestar, las connotaciones del trastorno como enfermedad se hallan en fase avanzada de estructuración, si es que no se han producido ya, en cuanto resultan en aquel punto ser la única vía viable para los diversos sistemas. Esto se aceptará y respetará, en cuanto que en estos casos conviene comportarse cautelosamente en el intento de co-crear nuevas atribuciones de significado, puesto que los cambios de dirección impuestos en tales condiciones representan una amenaza a la coherencia adquirida por el sistema, y provocarían la reaparición de los fantasmas de incoherencia y de desorganización de la fase precedente.

Pueden tomarse también en consideración el incremento de la autonomía del sujeto, para disminuir la dependencia asistencial, activando los recursos de los tratamientos amplios, animando a la asunción de los roles incompatibles con el de enfermo y favoreciendo una reinserción socio-profesional.

En el caso de personas asistidas durante mucho tiempo, nos hallamos frecuentemente frente a mapas cognitivos fuertemente consolidados. El individuo, la familia todavía existente, el sistema socio-asistencial y la sociedad en general concuerdan en atribuir a la enfermedad crónica la condición actual. En tales casos, la creación de una nueva realidad pasa inevitablemente a través de una acción de fuertes características psicoeducativas, dirigida esencialmente por un lado a probar en una dimensión protegida la flexibilidad del sistema y, por otro, a remover antiguos vínculos personales, muchos de ellos relativos a las condiciones institucionales y a las modalidades asistenciales. Se trata en otras palabras de ofrecer de modo gradual la oportunidad para un desarrollo hacia la autonomía, abriendo espacios evolutivos distintos de los habituales.

Al terapeuta que quiera introducir atribuciones de significado más viables —además de los mapas cognitivos consolidados— se le plantea para las dos últimas categorías de pacientes el problema de los beneficios secundarios, que se consolidan con el tiempo en relación al concepto de enfermedad. Entre estos beneficios cabe mencionar los correspondientes a la condición de inválido —pensiones, etc.— y los privilegios conseguidos eventualmente por otros miembros de la familia.

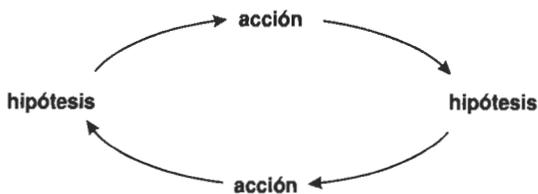
Las técnicas

Es dudosa la eficacia de las técnicas por sí mismas; ellas no son inherentes al psicoterapeuta en cuanto instrumentos conceptuales de planificación de la intervención, y sólo podrá conocerse su utilidad por los resultados obtenidos: en este sentido es determinante el uso que se hace de ellas.

En relación a nuestra hipótesis las técnicas que se utilizan se pueden reagrupar en dos áreas, por otra parte estrechamente interdependientes entre sí. La primera se refiere a la necesidad de cambiar la bases hipotéticas consolidadas en torno al concepto de enfermedad grave. Se trata, por tanto, de promover las atribuciones de significado que puedan crear una realidad más adecuada tanto a nivel biológico —en cuanto se evitan daños físicos—, social —en cuanto se evita la marginación, la dependencia asistencial— y psicológico, en cuanto se mantiene la coherencia interna de todos los sistemas implicados.

La segunda área se refiere a la falta de habilidades individuales, en la medida en que la connotación de enfermedad promueve con el tiempo y la subsiguiente creación de la realidad psicótica el aprendizaje de estrategias vinculadas a esta realidad y al papel de enfermo. En estos casos existe la necesidad de proporcionar al individuo las oportunidades de reaprender —sobre todo a través de la acción— tanto las habilidades prácticas para una vida autónoma de la red asistencial, como las estrategias sociales para un mundo no psicótico, tanto las capacidades para una eficaz inserción socio-profesional, proyectando eventualmente una “separación constructiva” de la familia.

Para cambiar las bases hipotéticas consolidadas existen varias técnicas derivadas de los sistémicos, estratégicos y cognitivistas. En el esquema circular:



las técnicas pueden actuar inicialmente como hipótesis —el reencadre, la connotación positiva, las preguntas circulares— con la finalidad de aumentar la perturbación en el sistema, promoviendo de este modo nuevas asociaciones e hipótesis. O bien

las técnicas pueden actuar primeramente a nivel de la acción —a través de prescripciones comportamentales, de rituales, etc.— las cuales utilizando la pres-

cripción de un cambio obligado o experiencia comportamental, pueden favorecer un cambio en el sistema a nivel de sus hipótesis.

Queremos subrayar que, aunque un terapeuta supiese captar todas las atribuciones de significado no verbalizadas de cada uno de los miembros de la familia, en general con esta casuística no resulta útil hacerlas verbalizar ni intentar descubrir conjuntamente las “verdaderas” causas del malestar. Habida cuenta de que en la mente de cinco miembros de una familia existen cinco familias, los puntos de vista de cada miembro se tomarán en cuenta para orientar la familia hacia una atribución de significado “oficial” alternativa que produzca acciones capaces de disminuir el malestar en relación a todas las personas implicadas. Con esta finalidad se pueden utilizar las atribuciones de significado que desafían, provocan o connotan las situaciones de forma alternativa.

La connotación alternativa utiliza frecuentemente el concepto de “crisis existencial o evolutiva” en la que se pone de relieve el potencial y las características positivas. En otros casos se podrá connotar la situación en términos de “misterio”, de “comportamiento voluntario”, de “sacrificio”, “de comportamiento orientado a la unidad de la familia”, etc. Cuando el significado de enfermedad es central, se trata de introducir el concepto de enfermedad con evolución positiva —en términos de porcentaje o de revisión de la literatura, etc.— o bien de vaciar progresivamente el significado frente a la autonomía que el sujeto va adquiriendo.

Las técnicas de la segunda área son las de la intervención reabilitadora, orientadas a proporcionar las oportunidades de adquisición de habilidades de la vida cotidiana, habilidades sociales y laborales de las que carece el individuo. Tales técnicas deben hallarse inscritas en una estrategia adecuada que tienda a la autonomía de la red socio-asistencial, de otro modo se corre el riesgo, paradójicamente, de que las técnicas reabilitadoras contribuyan de modo importante a confirmar al enfermo en su rol, perpetuando la realidad psicótica. El principio clave para evitar este riesgo —y para mantener la coherencia de nuestra intervención— lo constituye el enfoque “no directivo” en la utilización de las técnicas reabilitadoras, en la relación con los usuarios y en las modalidades de gestión del equipo. Este enfoque que implica una formación específica del equipo, expresa la actitud constructivista derivada de los conceptos expuestos con anterioridad y dedica una especial atención a aspectos como la flexibilidad operativa, la relatividad y la funcionalidad de la hipótesis, la autoorganización individual y del grupo. El trabajo en grupo resulta de particular importancia, dado que puede servir de “palestra relacional”, de apoyo afectivo recíproco y como oportunidad terapéutica para co-crear nuevas atribuciones de significado viables.

Hasta ahora se ha hablado de intervenciones orientadas a los mapas cognitivos de los usuarios, pero se impone ahora una consideración sobre las de los operadores. La intervención se precisa en la formación teórico-práctica, en la supervisión del equipo y en la consulta clínica, y se orienta hacia minar las bases de las atribuciones

de significado “oficiales” que sirven de justificación, pero no como hipótesis de intervención viable. Conviene que los operadores sean bien conscientes de los beneficios que se derivan de su condición de expertos.

En el proceso de formación atribuimos una notable importancia a la experimentación sobre sí mismos, utilizando los procedimientos que permiten al operador convertirse simultáneamente en observador y observado. Este es un primer paso hacia el conocimiento de su participación en lo que observa y la importancia de su presencia como observador y observado en el desarrollo de una intervención. En particular, se proponen aquellos juegos que en el campo de la atención, la percepción y la memoria que revelan en qué medida nuestro conocimiento y nuestros esquemas influyen sobre lo que vemos; los juegos que muestran nuestra tendencia a completar, a dar significado a lo que observamos, y finalmente a los juegos de rol que evidencian los aspectos relacionales y sociales, particularmente el uso del lenguaje y de la comunicación verbal y no-verbal. Para favorecer una flexibilidad a nivel de atribución de significado hemos desarrollado el “juego infinito”. Este juego se propone como una primera aproximación al enfoque constructivista, en cuanto ilumina las diferencias entre las atribuciones de significado “oficiales” verbalizadas y las pensadas o negadas, la operatividad más que la verdad de las hipótesis y pone de manifiesto, finalmente, —y de ahí el nombre de juego infinito— cómo en cada grupo, obligado a ponerse de acuerdo sobre el significado de un acontecimiento observado, actúan los mismos mecanismos. Descrito de forma muy esquemática: se forman dos o más grupos y se empieza por el grupo “familia” al que se le asigna la tarea de llegar a un acuerdo sobre un problema definido; a cada miembro se le instruye con tareas precisas, algunas de las cuales no son verbalizables. En la fase siguiente el grupo de los observadores debe ponerse de acuerdo sobre la atribución de significado de lo que se ha observado y en este momento se hace evidente el papel que juegan las atribuciones de significado oficiales y las no verbalizadas en el trabajo de equipo; la convergencia de puntos de vista diferentes ha creado una nueva realidad, distinta sin embargo, de la de la “familia”. En un segundo tiempo se pide al operador practicar el arte de recoger elementos de la entrevista con el otro para construir una atribución de significado viable. Durante el coloquio “los otros significativos” muestran los elementos que consideran importantes para confirmar su hipótesis o explicación de los acontecimientos. Los operadores deben ser capaces de establecer modelos alternativos, seleccionando aquellos elementos de la entrevista o de la historia evolutiva que puedan ser significativos para negociar y construir conjuntamente una nueva atribución de significado más viable para todos.

Un instrumento que ha demostrado tener una notable capacidad de generar hipótesis y atribuciones de significado viables está constituido por una versión ampliamente modificada de la técnica de la “solución de problemas” (*problem solving*). En la resolución de problemas, después del momento de definición y análisis del problema, se pasa a la fase del *brainstorming*, o de generación de

hipótesis. A continuación se procede a la valoración particularizada de cada una de las hipótesis, la elección de la alternativa considerada más adecuada, y, finalmente, su aplicación a la práctica con la consiguiente verificación. La fase del *brainstorming* favorece la creatividad en la construcción de atribuciones de significado alternativas, las cuales se valoran en función de su viabilidad en relación a las posibles consecuencias. La variante introducida por nosotros —llamada de los “puntos de vista” (Rezzonico & Meier, 1987)— favorece la actitud de aceptación de la relatividad y subjetividad de las varias atribuciones de significado individuales. Se les pide a los participantes que se pongan de forma activa “en la piel del otro” —operador, paciente, familiar, etc.— y de sugerir, a continuación, cuáles podrían ser las soluciones para un problema desde el punto de vista del otro individuo. Esta técnica ha sido usada, tanto con grupos de pacientes, como de familias y, sobre todo, como técnica de trabajo y de conducción del equipo (De Isabella & Rezzonico, 1989) para minar los esquemas mentales rígidos, estimular la construcción de nuevas ideas y permitir una gestión *horizontal* y responsabilizadora del equipo.

Las capacidades adquiridas de esta forma —y constantemente sometidas a discusión en los encuentros de equipo— se explicitan tanto a nivel de la relación individual, como en las actividades de grupo. En la relación individual con el operador privilegiado el paciente tiene la oportunidad de experimentar un tipo particular de vínculo afectivo, que puede en algunos casos favorecer la exploración de los significados personales.

En las actividades rehabilitadoras se trata de proponer una lectura no trivial. La actividad de “preparar la comida” significa proporcionar la oportunidad para aprendizajes de vida autónoma. Significa un contexto pedagógico, donde el paciente es el alumno y el operador el maestro. Significa la propuesta de un modelo imperfecto que debe ser observado. Significa que tanto el paciente como el operador saben que están jugando un papel determinado, y que el otro también lo sabe. Significa grupo, y por lo tanto aspectos afectivos, comunicativos, de solución de conflictos y problemas. Significa organización, capacidad de previsión, situaciones gratificantes y muchas otras cosas.

En el enfoque rehabilitador “no directivo” se juega en todos estos niveles, intentando poner de manifiesto en concreto que es el individuo quien atribuye y crea conjuntamente con los demás el significado de los varios niveles de realidad, quedando bien establecido que, salvo posibles excepciones, la comida debe estar a punto a la hora convenida.

Algunas implicaciones pragmáticas

Desde esta perspectiva el terapeuta es responsable de la realidad creada, de la verificación de las propias profecías: le está prohibida la atribución de culpabilidad por la falta de mejora terapéutica a la enfermedad, a las instituciones, o a los compañeros. Este hecho exige, por parte de los operadores, una verificación

constante de las consecuencias de las hipótesis en términos de ventajas o desventajas de carácter biológico, psicológico y social, siguiendo las pautas de Haley (1981).

Al mismo tiempo, la conciencia de no poseer una verdad absoluta es la premisa por el respeto de las verdades creadas por los otros —pacientes, terapeutas, etc.— que pueden mostrarse más adecuadas según las circunstancias. Significa además el compromiso de hacer lo más públicos posibles las intervenciones llevadas a término, incluso con la construcción común de los instrumentos de evaluación, y con la recuperación de la “objetividad científica”, interpretada en un modo distinto.

La elaboración continua de las modalidades de trabajo a través de la investigación, favorece una actitud de autocrítica y flexibilidad en los operadores y consiente la creación de un grupo de trabajo con finalidades precisas y concordantes. Finalmente, creemos que con esta forma de trabajo se constituye un sistema de trabajo más gratificante, aunque no menos gravoso, para los operadores, sobre todo porque parece capaz de suscitar la novedad con mayor facilidad, favoreciendo por tanto la creatividad del individuo y del grupo.

Conclusiones

El enfoque constructivista “ingenuo”, que hemos descrito en este artículo, pone de manifiesto una forma de pensar que nos ha resultado útil y ventajoso para hacer frente al problema del tratamiento de la esquizofrenia. Subrayar la naturaleza hipotética del concepto de esquizofrenia no significa negar la viabilidad de otras hipótesis, sino más bien tratar de utilizar lo mejor posible y a través de una constante verificación de resultados las técnicas disponibles.

En este artículo se presentan las implicaciones pragmáticas derivadas de un enfoque constructivista para el tratamiento de la esquizofrenia. Se concede un papel central al proceso de atribución de significado en la aparición del trastorno y la dirección que sigue su desarrollo. Como consecuencia se hace imprescindible una definición de los objetivos, una utilización integrada de las técnicas y una constante atención a los resultados de la intervención en relación a los aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

Traducción: Manuel Villegas Besora

Referencias bibliográficas:

- ATLAN, A. (1979). *Entre le cristal et la fummé*, Seuil, Paris.
BARA, B.G., CARASSA, A., GEMINIANI, G., STREPPARAVA, M.G. (1988). L'evoluzione della mente: i

- paradigmi piagetiano e computazionale a confronto. *Età evolutiva*, 31, 5-15.
- BARLETT, F.C. (1932). *Remembering*. Cambridge: Cambridge University Press.
- BATESON, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. New York: Ballantine.
- BOCCI, G., CERUTTI, M. (1985). *La sfida della complessità*. Milano: Feltrinelli.
- BOSCOLO, L., CECCHIN, C., HOFFMAN, L., PENN. (1987). *Milan systemic family therapy*. New York: Basic Books.
- BOWLBY, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. London: Tavistock.
- BRUNER, J. (1986). *Actual minds, possible words*. Cambridge: Harvard University Press.
- DE ISABELLA, G., REZZONICO, G. (1989). Il problem solving come tecnica di conduzione dell' équipe. In A. Meneghelli, D. Sacchi (Eds.), *La terapia e la modificazione del comportamento negli anni 80*. Milano: Ghedini.
- DELL, P. (1980). Researching the family theories of schizophrenia. *Family Process*, 10, 321-326.
- GUIDANO, V. (1987). *Complexity of the self: a developmental approach to psychopathology and therapy*. New York, London: Guilford Press.
- HAYEK, F.A. (1986). *Legge, legislazione e libertà*. Milano: Il Saggiatore.
- HALEY, J. (1976). *Problem-solving therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- HALEY, J. (1981). Reflections on therapy. *Psicobiettivo*, 8, 49-59.
- HOLLAND, J.H., HOLYOAK, K.J., NISBETT, R.E., THEGARD, P.R. (1986). *Induction: Processes of inference, learning and discovery*. Cambridge, Mass: MIT Press.
- JANTSCH, E. (1980). *The self-organizing universe: Scientific and human implications of the emerging paradigm of evolution*. New York: Pergamon.
- JOHNSON-LAIRD, P.N. (1983). *Mental models. Towards a cognitive science of language, inference and consciousness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- KENNY, V. (1988). Autopoiesis and alternativism in psychotherapy: Fluctuations and reconstructions. In F. Fransella & L. Thomas (eds.), *Experimenting with personal construct psychology*. London: Routledge.
- MATURANA, H.R., VARELA, F.J. (1980). *Autopoiesis and cognition: The realization of the living*. Dordrecht: Reidel.
- MATURANA, H.R., VARELA, F.J. (1987). *The tree of knowledge: the biological roots of human understanding*. Boston: New Science Library.
- MATURANA, H.R. (1988). Reality: the search for objectivity or the quest for a compelling argument. *The Irish Journal of Psychology*, 9, 1-25.
- MEIER, C., REZZONICO, G. (1988). Considerazioni sul processo terapeutico nella schizofrenia. *Quaderni di formazione psichiatrica*, 4, 153-156.
- MENDEZ, C., CODDOU, F., MATURANA, H. (1988). The bringing forth pathology. In (ed.) *The Irish Journal of Psychology*, 9, 144-172.
- MORIN, E. (1985). La via della complessità. In G. Bocchi & M. Ceruti (Eds.), *La sfida della complessità*. Milano: Feltrinelli.
- PIAGET, J. (1967). *Logique et connaissance scientifique*, Encyclopédie de la Pléiade. Paris: Gallimard.
- PIAGET, J. (1970). *L' épistémologie génétique*. Paris: P.U.F.
- PRIOGOINE, I., STENGERS, I. (1979). *La nouvelle alliance: métamorphose de la science*. Gallimard.
- REDA, M. (1985). *Sistemi cognitivi complessi e psicoterapia*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- REZZONICO, G., MEIER, C. (1987). *La riabilitazione nell' assistenza socio-psichiatrica: analisi di una esperienza*. Milano: Unicopli.
- SELVINI-PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G., PRATA, G. (1980). Ipotizzazione, circolarità e neutralità: tre direttive per la conduzione della seduta. *Terapia Familiare*, 7, 7-20.
- UGAZIO, V. (Ed.) (1988). *La costruzione della conoscenza*. Milano: Angeli.
- VON FOERSTER, H. (1981). *Observing systems*. Seaside: Intersystems.
- VON GLASERSFELD, E. (1984). An introduction to radical constructivism. In P. Watzlawick (Ed.), *The invented reality*. New York: Norton.
- VON GLASERSFELD, E. (1987). *The concepts of adaptation and viability in a radical constructivist theory of knowledge. In the construction of knowledge: contributions to conceptual semantics*. Seaside: Intersystems.
- VON GLASERSFELD, E. (1988). The reluctance to change a way of thinking. *The Irish Journal of Psychology*, 9, 26-83.
- WATZLAWICK, P. (ed.) (1984). *The invented reality*. New York: Norton.
- ZELENY, M. (ed.) (1981). *Autopoiesis: a theory of living organization*. New York: North Holland.